

· 临床护理 ·

压疮安全管理在 101 例老年卧床患者压疮预防中的应用

邓霞, 曾颖, 汪敏

(重庆市第三人民医院老年科, 重庆 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.01.043

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)01-0109-02

压疮即压力性溃疡,新近研究表明住院患者压疮发生率为 3%~12%,老年患者压疮发生率为 10%~25%,其病死率较年轻患者增加了 6 倍^[1]。目前从全球范围来看,压疮的发生率与 15 年前相比没有下降趋势^[2],压疮的发生率一直是评价医院护理水平的重要指标之一^[3]。调查表明,90%以上的患者及家属需要了解压疮预防知识,护理人员应着重帮助每日照顾时间长和压疮持续患者的照顾者,提高照顾者的压疮认知水平^[4]。为有效防治压疮,本院自 2011 年起建立系统的压疮安全管理流程,对全院住院患者的压疮预防和采取的护理措施进行监管,特别是针对老年卧床患者,取得了良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月至 2011 年 12 月在本院住院治疗的长期卧床老年患者 199 例,将其分为对照组及观察组。对照组 98 例,其中,男 60 例,女 38 例;平均年龄 82.43 岁。观察组 101 例,其中,男 61 例,女 40 例;平均年龄 83.16 岁。两组患者的原发疾病为高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑卒中、糖尿病、老年性骨关节炎、肿瘤、慢性阻塞性肺疾病等。两组患者在年龄、性别、病种、卧床时间等方面的差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 分组处理 对照组患者行常规压疮护理措施,采用翻身,使用电动防压疮垫等预防压疮的方法进行护理。观察组患者采用系统的压疮安全管理措施。

1.3 压疮安全管理流程 患者入院时,接诊护士采用 Braden 量表^[5]对其进行皮肤评分。根据评分判断患者发生压疮的危险程度: ≤ 12 分为压疮高危患者, $> 12 \sim 18$ 分有发生压疮的危险。分数越低,发生压疮的危险性越高^[6]。通过发生压疮的危险性将压疮危险分为严重、高度、中度、轻度及无危险 5 个级别。对有发生压疮危险的患者,护士采取相应措施。而严重、高度及中度危险的患者中只要合并有以下 6 项中的任意一项就申报难免压疮:(1) 生命体征不稳定;(2) 强迫体位;(3) 患者自身无法配合翻身;(4) 病情须制动;(5) 大、小便失禁;(6) 严重低蛋白血症。存在严重、高度及中度危险的压疮及难免压疮患者,由病房组长及护士长审核并指导护理措施的实施;发生难免压疮时,需上报护理部;申报难免压疮后,护理部通知医院护理安全质量控制小组到科室进行审核,并实施持续监控。

1.4 压疮评估 正确评估压疮产生的危险因素是预防压疮的必要条件^[7]。按照压疮安全管理流程在老年卧床患者入院时,由接诊护士从患者感觉、湿度、运动量、控制力、营养、摩擦力和

剪切力 6 方面对皮肤进行评分。

1.5 评估频率 评估过程避免一次性,需有规律地进行多次评估^[8]。 ≥ 18 分的无压疮危险,在患者病情变化时进行评估; $15 \sim < 18$ 分为轻度危险,每 2 周全面评估 1 次; $12 \sim < 15$ 分为中度危险,每周全面评估 1 次; $9 \sim < 12$ 分为高度危险,每 3 d 全面评估 1 次; < 9 分为严重危险,应每天评估 1 次。

1.6 护理干预 根据患者的评估结果,采用相应的护理干预方法。对有轻度危险的压疮患者进行健康教育;对中度、高度及严重危险的压疮患者,制定和实施以下护理措施进行干预:(1)减轻压力;(2)更换卧位,定时翻身;(3)加强皮肤护理,保持皮肤清洁干燥;(4)加强营养,采取适当的营养支持;(5)保持床单位及患者衣裤平整、干燥、清洁;(6)剪平指甲,保持指甲清洁;(7)其他。将患者皮肤情况及所采取的护理措施告知患者及家属,使其积极配合,共同参与护理计划的实施,并取得患者及其家属的签字认可,患者床头悬挂“防压疮”的醒目标识。

1.7 压疮安全管理记录表的制定 按以上要求制压疮安全管理记录表。护士将压疮评分、局部皮肤情况、监测记录、护理措施、是否将采取的护理措施告知患者及家属、患者或家属是否知情签字、医院护理安全质量控制组审核及其指导意见等均应在记录表中体现。患者出院或死亡后将压疮安全管理记录表填写完整并存档,将患者是否发生压疮及发生压疮的预后、转归情况报告医院护理部。

1.8 评价指标 比较两组患者压疮发生率、患者或照顾者对压疮产生原因的了解情况、患者及其家属对护理的满意度。

1.9 统计学处理 应用 SPSS16.0 软件进行统计学分析,率的比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者的压疮发生率明显低于对照组($P<0.05$),了解压疮产生原因的患者或照顾者明显高于对照组($P<0.05$),患者及其家属对护理的满意度也明显高于对照组($P<0.05$),见表 1~3。结果提示实施压疮安全管理措施可降低老年卧床患者的压疮发生率,增加老年卧床患者或照顾者对压疮产生原因的了解程度,提高患者及家属对护理的满意度。

表 1 两组老年卧床患者压疮发生情况的比较

组别	n	未发生压疮(n)	发生压疮(n)	压疮发生率(%)
对照组	98	76	22	22.4
观察组	101	91	10	9.9*

*: $P<0.05$,与对照组比较。

表 2 两组老年卧床患者或照顾者对压疮产生原因了解情况的比较

组别	n	了解(n)	不了解(n)	了解百分比(%)
对照组	98	72	26	73.5
观察组	101	98	3	97.0*

* : $P < 0.05$, 与对照组比较。

表 3 两组老年卧床患者及其家属对护理满意度的比较

组别	n	满意(n)	不满意(n)	满意度(%)
对照组	98	89	9	90.8
观察组	101	99	2	98.0

* : $P < 0.05$, 与对照组比较。

3 讨 论

压疮安全管理的实施进一步增强了护士防范压疮的意识,提高了护士的风险预测能力。护士在压疮的预防管理中能够有计划地开展工作,而不再是盲目执行医嘱,被动观察病情,护士可以尽早发现患者皮肤的变化。

压疮安全管理的实施实现了护理活动的程序化和标准化,避免了由于护理人员个人水平、能力差异而造成的疏忽和遗漏。通过对患者压疮发生的可能性进行数据化评估,及时识别压疮发生的高危人群^[9],减少对压疮预防护理的盲目性和被动性,也促使护理人员能前瞻性地开展护理工作,将护理工作重点从事后处理转移到事前预防,有效规避压疮的易发因素,促进护理质量的改善。有人认为 85% 的质量问题出在系统管理上,仅 15% 的问题出在个人方面。压疮安全管理的实施,从压疮管理系统上确保了对压疮易发患者进行持续性监控,使压疮管理科学化、系统化、制度化且具有连续性和完整性。根据压疮安全管理记录表的时间、内容,指导主管护士在正确的时间进行正确的护理工作,明确了压疮管理责任、流程、上报程序,规范了护士行为,增加了他们的责任意识。

压疮安全管理的实施让护士与患者及其家属充分沟通、交流,拉近护患关系,充分调动了患者及其家属的积极性和主观

能动性。在压疮的预防干预中,患者及其家属能及时了解患者病情变化并实施干预措施,积极主动地参与压疮的预防方案,有效避免了由于缺乏相关护理常识而采用错误和不科学护理方法引起的压疮。同时,让患者及其家属了解护理工作的全过程并参与护理的质量评价,进一步增强了护士的工作责任心,提高了患者及其家属对护理工作的满意度。

参考文献:

- [1] Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, et al. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors [J]. J Adv Nurs, 2007, 58(3): 263-272.
- [2] 葛兆霞. 压疮护理的研究进展[J]. 实用临床医药杂志: 护理版, 2006, 2(2): 80-82.
- [3] 何华英, 杜峻, 王素芳, 等. 压疮危险因素预测及预防护理研究进展[J]. 护士进修杂志, 2005, 20(9): 803-805.
- [4] 周冬梅, 钱晓路, 陆敏敏, 等. 压疮居家照顾者负担的相关因素分析[J]. 护理学杂志: 综合版, 2011, 26(2): 9-12.
- [5] Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, et al. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk [J]. Nurs Res, 1987, 36(4): 205-210.
- [6] 蒋琪霞, 刘云. 成人压疮预测和预防实践指南[M]. 南京: 东南大学出版社, 2009.
- [7] 王瑞霞, 崔文芳. 《压疮危险因素评估情况登记表》在临床护理工作中的应用[J]. 中国医药导报, 2010, 7(16): 127-127.
- [8] 阮飞玲, 黄东玲, 黎小冰, 等. 俯卧位行脊柱手术 102 例术中皮肤压疮的预防与护理[J]. 齐鲁护理杂志: 外科护理, 2008, 14(8): 31-32.
- [9] 鲁桂鸣, 彭虹, 朱江. 表格化管理预防压疮效果观察[J]. 护理学杂志, 2007, 22(18): 20-21.

(收稿日期: 2012-08-15 修回日期: 2012-10-22)

(上接第 58 页)

- 及新生儿梅毒流行病学调查[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(5): 400-401.
- [2] Shetty N, Tang JW, Andrews J. 感染性疾病病因、预防及案例研究[M]. 郑明华, 译. 北京: 人民卫生出版, 2011.
 - [3] 杨瑞霞, 凌芸, 曾慧敏. 3 种梅毒特异性血清筛选试验的方法学评价[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(3): 239-241.
 - [4] 林伟华, 梁金明, 陈华英, 等. 梅毒临床各期变化与相应检测方法的评价[J]. 实用医技杂志, 2010, 17(2): 140-142.
 - [5] 丁莉, 任宏新. TRUST、TP-ELISA 与 TPPA 法检测梅毒的临床应用[J]. 宁夏医学杂志, 2010, 32(1): 87-88.
 - [6] 鲁东平, 王芬, 张荣, 等. 深圳市宝安区 2008~2009 年孕产妇及新生儿梅毒患病情况分析[J]. 中国皮肤性病杂志, 2011, 25(3): 212-215.
 - [7] 叶然. 温州地区孕妇梅毒检测结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(14): 2145-2146.

- [8] 庞翠红, 梁彤, 李红, 等. 2010 年玉林市 94898 名孕产妇梅毒检测分析[J]. 中国医疗前沿, 2011, 6(11): 54-55.
- [9] 刘青梅. 梅毒三种不同检测方法的比较[J]. 实用预防医学, 2010, 17(1): 152-154.
- [10] 袁小松, 张一鸣, 蒋丽霞. 早期先天梅毒几种实验室诊断方法的评价[J]. 中国微生态学杂志, 2010, 22(2): 169-170.
- [11] 曹树正, 王文武, 张真路. 梅毒检测“灰区”样本的分析[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(3): 476-477.
- [12] 樊尚荣, 李健玲. 2010 年美国疾病预防控制中心梅毒治疗指南与点评[J]. 中国全科医学, 2011, 14(4A): 1055-1057.
- [13] 谭小平, 熊海燕, 宁景春, 等. 潜伏期妊娠梅毒 168 例临床及母婴传播干预分析[J]. 河北医学, 2011, 17(9): 1172-1174.

(收稿日期: 2012-08-13 修回日期: 2012-10-21)